

2022年12月9日 全7頁

# 拠出金負担が増す健保組合にできること

## レセプトデータの分析による効率的な給付抑制が期待される

政策調査部 研究員 石橋 未来

### [要約]

- 健康保険組合（健保組合）の2021年度の経常収支は▲825億円と、8年ぶりの赤字が見込まれる。背景には、高齢者医療に充てるための拠出金が増えている影響もあるが、新型コロナウイルス感染症が拡大した2020年度を除いて、加入者向けの法定給付費が一貫して伸びてきたという事情もある。
- これまでも健保組合は、特定健康診査・特定保健指導の実施を通じて予防・健康づくりを進めたり、後発医薬品の使用を促進したりすることで、医療費の伸びの抑制に努めてきた。だが、前期高齢者向け医療費の負担方法について見直しが検討されているなど、健保組合が直接コントロールできない拠出金負担のさらなる増大が懸念されている。
- 高齢者医療の負担と給付の見直しが求められるが、健保組合自身ができることとして、加入者向け医療給付費を一層効率化していく必要もある。レセプトデータの分析を、後発医薬品の使用促進だけでなく、受診行動の適正化やリフィル処方箋の活用、かかりつけ医を持つことの推奨等に効果的に活用することが期待される。
- ただし、健保組合が加入者にかかりつけ医機能の利用を促すことが有効かどうかは、政府が進めようとしているかかりつけ医機能の定義づけや報告制度のあり方に大きく左右されることから、今後の具体的な制度設計に向けた議論に注目する必要がある。

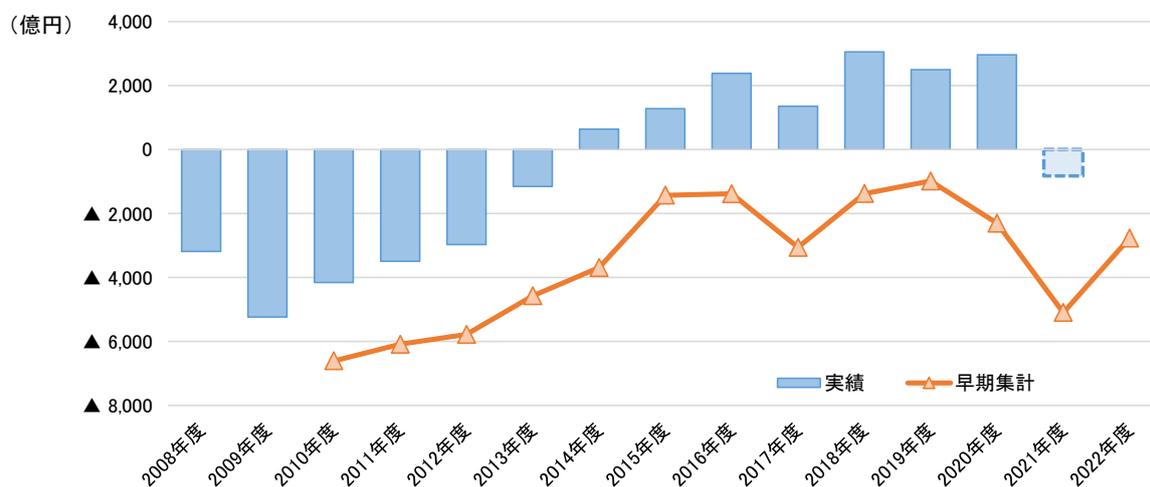
## 8年ぶりの赤字が見込まれる健保財政

健康保険組合（健保組合）の2021年度の経常収支は▲825億円と、8年ぶりの赤字が見込まれる（図表1）。背景には、後期高齢者医療制度が創設されてから増加トレンドにある拠出金の影響もあるが、新型コロナウイルス感染症が拡大した2020年度を除いて、加入者向けの法定給付費が一貫して伸びてきたという事情もある（図表2）。加入者向けの医療給付費が増えている原因としては、医療の高度化や薬剤費の高まりなどが考えられる。2021年度の法定給付費が保険料収入に占める割合は50.32%と、52.12%だった2012年度以来の大きさとなった<sup>1</sup>。

<sup>1</sup> 健康保険組合連合会「令和3年度 健康保険組合 決算見込状況について ―令和3年度決算見込と今後の財政見通しについて―」

本稿では、前期高齢者（65～74歳）向け医療の拠出金負担に関して、被用者保険者間で所得に応じた負担とすることが議論されるなど、健保組合の一層の財政悪化が懸念される中、健保組合自身ができることとして、加入者向け医療費のさらなる効率化が重要である点を述べる。

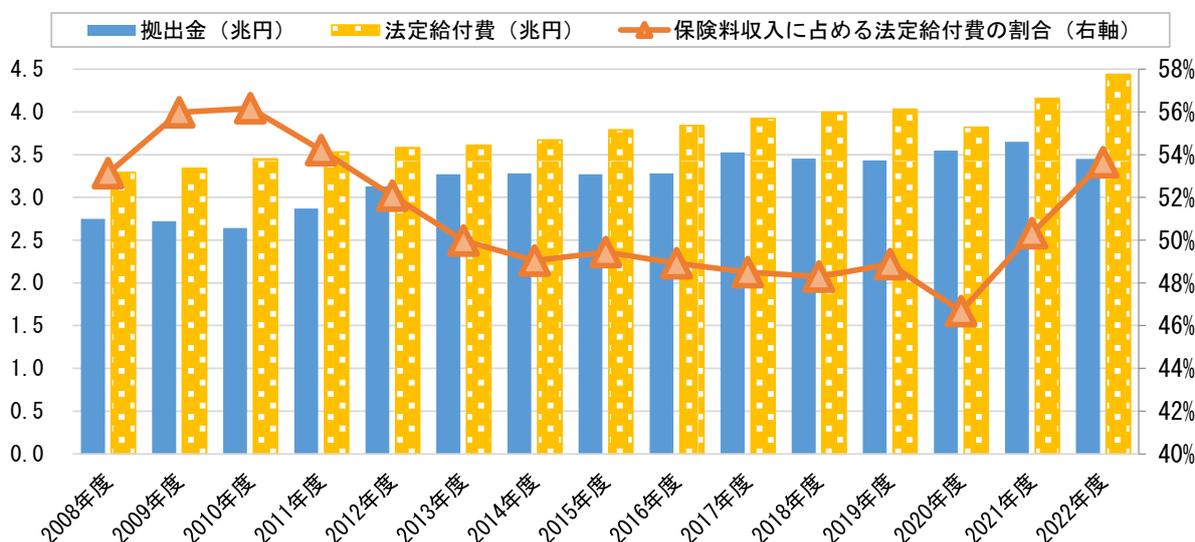
図表1 経常収支の推移



(注) 実績で示した2021年度は予算。

(出所) 健康保険組合連合会より大和総研作成

図表2 拠出金、法定給付費の推移



(注) 2021年度は決算見込、2022年度は予算早期集計の数値。

(出所) 健康保険組合連合会より大和総研作成

## これまでの取り組み

厳しい財政状況が続く健保組合は、特定健康診査・特定保健指導の実施を通じた予防・健康づくりや後発医薬品の使用促進などによって、これまでも医療給付費の伸びの抑制に努めてきた。

特定健康診査・特定保健指導は、生活習慣病を中心とした疾病予防が、生活の質の維持や向上を図りつつ医療費削減につながると考えられたことから、保険者による積極的な取り組みが求められてきた。近年は、特定保健指導が体重やHbA1c（血糖値）を減少させる効果なども統計的に有意であることが示されるようになっており、最新の科学的知見を踏まえた特定健康診査・特定保健指導の質問項目や健診項目の見直しが進められている。政府は、2023年度までに特定健康診査・特定保健指導の実施率を保険者全体でそれぞれ70%以上、45%以上とする目標値を掲げている。

また、後発医薬品は、品質、安全性及び有効性が先発医薬品と基本的に変わらないため、その使用促進によって医療の質を落とすことなく医療費の削減を図ることが可能である。政府は、薬局や医療機関に対する診療報酬上のインセンティブを活用するなどして、2020年9月までに後発医薬品の使用割合を全国平均で80%（数量シェア）にする目標（「経済財政運営と改革の基本方針2017」（2017年6月9日閣議決定））をすでに達成した。現在は、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上とする新たな目標（「経済財政運営と改革の基本方針2021」（2021年6月18日閣議決定））が掲げられている。2018年度の実績からは保険者別の使用割合も公表されるようになっており、使用割合が低い保険者にはさらなる取り組みが促されている。

健保組合全体の特定健康診査・特定保健指導や後発医薬品の使用促進に関する取り組みは、両者とも他の保険者と比べて概して進んでおり、全体の指標の引き上げに貢献している（図表3）。個々の健保組合には特定健康診査・特定保健指導の実施状況が、負担する後期高齢者支援金の加算・減算に反映される仕組みがあるということもあるが、糖尿病等の発症・重症化を予防することやそれによって医療費を適正化するという、保険者としての健全かつ本来的な問題意識が健保組合は高いといえよう。

図表3 保険者別、特定健康診査・特定保健指導の実施率、後発医薬品の使用割合

|            |         | 健保組合  | 共済組合  | 協会けんぽ | 市町村国保 | 国保組合  | 後期高齢者 |
|------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 特定健康診査の実施率 | 2020年度  | 77.9% | 79.2% | 52.3% | 33.7% | 45.7% |       |
|            | 2008年度  | 59.5% | 59.9% | 30.1% | 30.9% | 31.8% |       |
| 特定保健指導の実施率 | 2020年度  | 26.9% | 30.7% | 15.8% | 26.9% | 11.3% |       |
|            | 2008年度  | 6.8%  | 4.2%  | 3.1%  | 14.1% | 2.4%  |       |
| 後発医薬品の使用割合 | 2022年3月 | 82.2% | 81.8% | 82.9% | 82.0% | 80.5% | 80.9% |
|            | 2015年3月 | 59.8% | 59.0% | 60.3% | 59.8% | 58.0% | 55.4% |

（出所）厚生労働省「2020年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」「調剤医療費（電算処理分）の動向」より大和総研作成

## 拠出金のさらなる負担増が懸念される

しかし、前期高齢者向け医療費の負担方法について見直しが行われるなど、健保組合が直接コントロールできない拠出金負担のさらなる増大が懸念されている。被用者保険における保険料率の格差を是正する観点から、政府の全世代型社会保障構築会議では、前期高齢者に係る財政調整に関して、現行の「加入者数に応じた調整」に加えて「報酬水準に応じた調整」の導入の検討が進められている。

前期高齢者は国保（国民健康保険）に加入しているケースが多いなど保険者間で偏在しているため、何らかの財政調整も行わなければ負担の著しい不均衡が生じてしまう。そこで、前期高齢者納付金の仕組みがあり、それぞれの保険者に加入している前期高齢者 1 人当たり給付費をベースにして、全保険者平均の前期高齢者加入率と個々の保険者のそれとの差分に応じた負担調整が行われている。具体的には、健保組合、協会けんぽ、共済等の被用者保険からは納付金が徴収され、それが国保へ交付されている。2022 年度には、協会けんぽが 1.4 兆円、健保組合が 1.2 兆円、共済組合が 0.4 兆円の納付金を負担し、国保が 3.1 兆円の交付金を受け取る財政調整が行われている（2022 年度予算ベース）<sup>2</sup>。

前期高齢者加入率の違いに応じて行われているこの財政調整の下では、個々の被用者保険の中で、前期高齢者加入率が低い保険者（前期高齢者加入率が全国平均とした場合の前期高齢者数と比べて、実際の前期高齢者数が少ない保険者）ほど納付金の負担が大きいという加入者数に応じた調整が行われている。足下で検討が進められているのは、その調整に加えて報酬に応じた調整（加入者 1 人当たりの総報酬額が大きい保険者ほど負担を重くするという考え方）を導入することである。たしかに保険者間の支払い能力の違い等を加えた様々なリスク調整が必要であり、保険料の率のばらつきを縮小させるべきであるとの説明は、ある程度理解できる。後期高齢者（75 歳以上）の医療費に関する財政調整（後期高齢者支援金）については、以前は加入者割だった仕組みから 2017 年度以降は全面総報酬割に移行している。

しかし、加入者自身のためではない、高齢者のために負担する保険料の額の差が保険者間で大きくなりすぎれば、負担増となる保険者の加入者からは納得が得られにくいだろう。前期高齢者納付金について、支払い能力に応じた負担という観点から報酬に応じた調整が行われれば、一般的には、加入者の平均賃金が高い健保組合などの負担が増え、協会けんぽの負担が減ることになる。厚生労働省の試算によると、健保組合は 450～890 億円、共済組合等は 260～520 億円の負担増となる一方、協会けんぽは 730～1,450 億円の負担減になる<sup>3</sup>。金額に幅があるのは報酬水準に応じた調整の要素をどの程度入れるかによるため、仮に全面的に報酬調整に切り替えた場合には、健保組合の負担増は 1,780 億円に達するという。

ここで認識しておきたいのは、協会けんぽの負担が減ると、それが協会けんぽに対する国庫補助の削減にもつながるという点だ。財政が構造的に脆弱である協会けんぽには、制度として国庫が資金を補助する仕組みがあり、協会けんぽが負担する前期高齢者納付金に関しても 0.2 兆円程度の公費が充てられているとみられる（2022 年度予算ベース）<sup>4</sup>。だが、今回の見直しによりその協会けんぽへの国庫補助が 970～1,940 億円削減されるという。その削減分の公費を、拠出金の負担が過大な健保組合の支援等に活用するというのであればまだ領けるが<sup>5</sup>、単に財政赤字を健保組合等に肩代わりさせるだけであるとしたら、それが妥当であるのか議論が必要だ。

<sup>2</sup> 厚生労働省「医療保険制度改革について」第 156 回社会保障審議会医療保険部会（2022 年 10 月 28 日）

<sup>3</sup> 厚生労働省「医療保険制度改革について」第 159 回社会保障審議会医療保険部会（2022 年 12 月 1 日）

<sup>4</sup> 厚生労働省ウェブサイト「我が国の医療保険について」([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuhoken/iryuhoken01/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken01/index.html))。

<sup>5</sup> 2021 年度の保険料率が、協会けんぽの平均保険料率である 10% 以上である健保組合は全体の 22% に上る。

政府の財政赤字の削減に、一部の健保組合加入者の保険料を使うべきではない。

そもそも、先述したように、加入者の予防・健康づくりを進めるなどして、医療給付費と保険料の伸びを抑える努力をしてきた健保組合は多い。近年は、母体企業と連携して、データに基づく効率的な保健事業に取り組む健保組合も増えている。だが、健保組合が直接コントロールできない拠出金負担（後期高齢者支援金や前期高齢者納付金等）が際限なく増大していけば、これらの取り組みが後退する懸念がある。

また、拠出金の負担において報酬割の要素が強くなれば、生産性を向上させて賃上げを進めてきた企業が母体の健保組合で負担が増えることになる。これは、成長戦略による生産性向上が、賃金の形で労働者に分配され、次の成長につながるという「成長と分配の好循環」を目指す政府の方針と逆行する面がある。この点、政府は「企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに更なる支援を行う」方向を打ち出している。だが、仮に拠出金負担に対する支援を企業の賃上げのインセンティブとするのだとすれば、それは給付と負担の対応関係を一層見えにくくするだけでなく、収益力向上の結果としての賃金の上昇というメカニズムをも歪める恐れがあり正当な政策とは言い難い。

医療保険制度の持続性を確保し、現役層の拠出金負担を軽減するためにも、高齢者医療の負担と給付のさらなる見直しが不可欠である。前出の全世代型社会保障構築会議では、「全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みを強化する観点」から、高齢者世代内においても、能力に応じた負担を強化する考えが示されている。具体的には、現行では総額で見ても1:1となっている後期高齢者の保険料の「均等割」（被保険者全員が等しく負担する保険料）と「所得割」（被保険者の所得に応じて負担する保険料）の比率について、「所得割」の比率を引き上げること、また、年額66万円とされている後期高齢者の保険料賦課限度額（上限）についても引き上げることが検討されている。このように、高齢者にも負担能力に応じた負担を求めることで、現役層の拠出金負担が過大とにならないようにする工夫が必要である。

## 存続していくために健保組合自身ができること

ただ、厳しい財政運営が求められる中でも健保組合が存続していくためには、加入者向けの給付の伸びを抑制するなど、健保組合自身ができることを引き続き模索していくことも大切だ。カギとなるのは、レセプトデータの分析である。レセプトデータを基に、ジェネリック差額通知を作成して後発医薬品の使用を促進したり<sup>6</sup>、健診データと突き合わせてハイリスク者に対して受診勧奨を行ったりすることは、多くの健保組合ですすでに行われている。

これらに加え、レセプト分析を基に、加入者に適切な受診行動やリフィル処方箋の活用を啓発・促進していくことにも一層力を注ぐべきだろう。2013年に健保組合のレセプトデータベ

<sup>6</sup> 2011年時点で、ジェネリック医薬品の差額通知を実施（検討を含む）している健保組合は59.4%に達している（健康保険組合連合会「ジェネリック医薬品の使用促進に関するアンケート調査（第2回）の結果について」（2011年7月））。

スを使って行われた調査では、60歳以上の糖尿病、10歳未満のその他上気道感染症で重複受診が多いことがわかった<sup>7</sup>。だが、状態が安定した糖尿病など生活習慣病については、受診頻度が高くても、疾病管理という側面から見た医療の質にほとんど効果がないとの研究がある<sup>8</sup>。日本では状態が安定した生活習慣病患者でも、診療報酬制度の影響等<sup>9</sup>により受診間隔が診療所で平均1か月と、欧米の平均3か月と比べて短い<sup>10</sup>。生活習慣病などで受診頻度の高い患者などを抽出し、適切な受診行動を指導することが考えられるだろう。その際、リフィル処方箋の活用によって受診間隔を延ばせば、ケアの質を維持したまま、医療費の効率化が可能だ。患者にとっても、通院負担の軽減になる。

さらに、加入者に特定のかかりつけ医を持つことを、強く推奨していくことも重要だ。日常的な診療から健康管理にわたる情報を一元的に把握するかかりつけ医との関係を強化すれば、複数の健康問題を抱える患者でも治療の質が高まると考えられる。また、他の専門医とも連携しやすくなることで、軽症にもかかわらず直接に大病院を受診するような非効率が減り、医療費適正化にもつながる。そのためにはまず、患者と医師の間の、かかりつけ医機能の認識に関するギャップを埋めることが不可欠であり、そこに保険者の役割がある。

例えば、健保組合がレセプト分析を通じて、2つ以上の医療機関から機能強化加算を算定されている患者を抽出し<sup>11</sup>、かかりつけ医の認識について確認することなどが考えられるのではないかと。機能強化加算は、かかりつけ医機能に係る診療報酬であるが、診療内容ではなく、医療機関が備えている体制や機能を評価する加算であるため、対象の医療機関が初診を行えば対象疾患、対象患者に限定なく、一律に算定することが可能になっている。この点、2022年度の診療報酬改定では、かかりつけ医機能を担う医療機関であることを院内及びホームページ等に掲示することなどが算定要件に加えられたが、患者に十分に伝わる仕組みとは言い難い。当該医療機関が患者にとって重要なかかりつけ医機能を有しているがゆえに、診療報酬が加算され窓口負担が増えている点を改めて説明し、特定のかかりつけ医を選択することの意義を啓発すべきだろう。

もっとも、かかりつけ医機能については、その定義が曖昧であるという問題がある。そこで、全世代型社会保障構築会議では、かかりつけ医機能を法律で定め、医療機関が都道府県に機能を報告する制度（かかりつけ医機能報告制度）を創設する方針が議論されている<sup>12</sup>。また、医療機関からかかりつけ医機能の有無に関して報告を受けた都道府県が、その内容を、新たに見直

<sup>7</sup> 健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究（最終報告書）」（2014年3月）

<sup>8</sup> 井伊雅子・関本美穂「日本のプライマリ・ケア制度の特徴と問題点」財務省財務総合政策研究所『フィナンシャル・レビュー123号』（2015年6月）、pp. 6-63

<sup>9</sup> 基本的に出来高払いであり、包括支払いの場合でも、生活習慣病に関しては、生活習慣病管理料や地域包括診療料など医療機関が1か月ごとに算定できる項目が多い。

<sup>10</sup> 糖尿病など生活習慣病における適切な受診頻度に関するコンセンサスは存在しないが、日本の受診間隔は欧米と比較して非常に短い（井伊・関本（2015））。

<sup>11</sup> 2019年度に行われた健保組合の加入者を対象に行われた調査では、機能強化加算を算定された患者のうち、約6割が2つ以上の医療機関から同加算を算定されていた（健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究IV」（2019年8月））。

<sup>12</sup> ただし、かかりつけ医機能の活用については、医療機関、患者それぞれの手上げ方式とされた。

される医療機能情報提供制度（医療情報ネット）<sup>13</sup>で公開することも計画されている。これらの仕組みが実効的に整備されることで、公開情報を参考に、多くの人がかかりつけ医機能を有する医療機関を選択しやすくなると期待されている。

注目されるのは、法定化されるかかりつけ医機能の定義に、多くの人々が期待する役割や機能が含まれるのかという点だ。多くの方は、かかりつけ医に「どんな病気でもまずは診療できる」、「専門医・専門医療機関への紹介」、「健康管理のための助言や継続的な指導」などの役割・機能を期待している<sup>14</sup>。これらの機能が定義に含まれない、あるいは含まれていたとしても、医療機関の自主的な報告であるために客観性が乏しい状況が残れば、制度が整ってもメリットが限定され、かかりつけ医を持つ動きは広がらないだろう。かかりつけ医機能の定義や、その報告制度のあり方は、医療制度改革を進める上で重要なポイントである。

## かかりつけ医機能の定義や報告制度のあり方は改革に大きく影響する

高齢者向け医療の拠出金負担のあり方が見直されるなど、健保組合の財政運営の厳しさが一段と増す中、加入者向けの法定給付費の伸びも無視できない状況にあり、健保組合には、給付のさらなる効率化が求められている。それには、これまで以上に様々な場面でレセプトの分析を活用していくことが不可欠だ。今後は、レセプトデータの分析を、予防・健康づくりといった保健事業だけでなく、給付の効率化にも積極的に活かしていくことが、健保組合の厳しい財政状況を乗り越えるカギになるだろう。後発医薬品の使用促進に加え、受診行動の適正化やリフィル処方箋の活用、かかりつけ医を持つことの推奨等にも積極的に活用することが期待される。

ただし、かかりつけ医機能の利用に関する取り組みが有効であるかどうかは、政府が進めようとしているかかりつけ医機能の定義のされ方や、その報告制度のあり方に大きく左右される。全世代型社会保障構築会議の年末のとりまとめや、年明けの国会に提出される医療関連の改革法案とそれに関する議論を注視する必要がある。

<sup>13</sup> 現状は、医療機関からの報告に基づく、診療科目、診療日、診療時間等の基本情報のほか、対応可能な疾患・治療内容等の情報提供にとどまり、必ずしも患者ニーズに沿った内容ではない。そのため、国民・患者が、確実に必要な医療につながる環境に向けた情報提供のあり方が検討されている。

<sup>14</sup> 日本医師会総合政策研究機構「日本の医療に関する意識調査 2022年臨時中間調査」日医総研ワーキングペーパーNo. 466（2022年5月24日）